INDEX DE QUALITE DU SOMMEIL DE PITTSBURGH (IQSP)
Pour adulte seulement : 12 ans et plus

NOM : 997 **DATE:** _____

Les questions suivantes font référence à vos habitudes de sommeil **DU DERNIER MOIS**. Vos réponses devraient correspondre aux meilleures estimations possibles pour la **majorité** des jours et des nuits du dernier du mois. S.V.P., répondez à toutes les questions même si vous ne considérez pas avoir de difficultés de sommeil.

1. Durant le dernier mois, à quelle heure vous êtes-vous couché(e) les soirs de semaine? — Heure habituelle du coucher: 22h00
2. Durant le dernier mois, combien de temps (en minutes) avez-vous pris pour vous endormir chaque soir? — Nombre de minutes: 45
3. Durant le dernier mois, à quelle heure vous êtes-vous levée le matin? — Heure habituelle du lever: 8h
4. Durant le dernier mois, combien d'heures de sommeil avez-vous eues par nuit? (Ceci peut être différent du nombre d'heures passées au lit) — Nombre d'heures de sommeil par nuit: 6h30

Pour chacune des questions suivantes, cochez la meilleure réponse.
S.V.P., répondez à toutes les questions.

5. Durant le dernier mois, combien de fois avez-vous eu de la difficulté à dormir parce que vous...
   a) ne pouviez pas vous endormir dans un délai de 30 minutes.

Pas durant le dernier mois	Moins d' une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois fois ou plus par semaine
_____	_____	_____	X

   b) vous réveilliez au milieu de la nuit ou trop tôt le matin.

Pas durant le dernier mois	Moins d' une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois fois ou plus par semaine
_____	_____	_____	X

   c) deviez vous lever pour aller à la salle de bain?

Pas durant le dernier mois	Moins d' une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois fois ou plus par semaine	
_____	_____	_____	X_____	(3)

d) ne pouviez pas respirer facilement.

Pas durant le dernier mois	Moins d' une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois fois ou plus par semaine	
X_____	_____	_____	_____	(0)

e) toussiez ou ronfliez bruyamment.

Pas durant le dernier mois	Moins d' une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois fois ou plus par semaine	
_____	X_____	_____	_____	(1)

f) aviez trop froid.

Pas durant le dernier mois	Moins d' une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois fois ou plus par semaine	
X_____	_____	_____	_____	(0)

g) aviez trop chaud.

Pas durant le dernier mois	Moins d' une fois par semaine _	Une ou deux fois par semaine	Trois fois ou plus par semaine	
_____	_____	_____	X_____	(3)

h) aviez fait de mauvais rêves.

Pas durant le dernier mois	Moins d' une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois fois ou plus par semaine	
_____	X_____	_____	_____	(1)

i) ressentiez de la douleur.

Pas durant le dernier mois	Moins d' une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois fois ou plus par semaine	
_____	X_____	_____	_____	(1)

j) autre(s) raison(s), s.v.p. décrivez:

N/A_____

_____

_____

À quelle fréquence durant le dernier mois avez-vous eu de la difficulté à dormir pour cette raison?

Pas durant le dernier mois	Moins d' une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois fois ou plus par semaine
N/A			

0

Total: 12 = 2

2

6. Durant le dernier mois, comment évalueriez-vous la qualité globale de votre sommeil?

Très bien	Plutôt bien	Plutôt mal	Très mal
		X	

3

7. Durant le dernier mois, combien de fois avez-vous pris une médication (avec ou sans ordonnance) pour vous aider à dormir?

Pas durant le dernier mois	Moins d' une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois fois ou plus par semaine
			X

1

8. Durant le dernier mois, combien de fois avez-vous eu de la difficulté à rester éveillé pendant que vous conduisiez, mangiez ou vous engagiez dans une activité sociale?

Pas durant le dernier mois	Moins d' une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois fois ou plus par semaine
X			

9. Durant le dernier mois, jusqu'à quel point avez-vous eu de la difficulté à maintenir suffisamment d'enthousiasme pour compléter vos activités?

Aucun	Léger	Quelque peu	Beaucoup
	X		

10. Avez-vous un partenaire de lit ou de chambre?

a) Pas de partenaire de lit ni de chambre	
b) Partenaire ou colocataire dans une autre chambre	
c) Partenaire dans la même chambre, mais pas le même lit	
d) Partenaire dans le même lit	X

Si vous avez un partenaire de lit ou de chambre, lui demander combien de fois dans le dernier mois vous avez...

a) ronflé bruyamment.

Pas durant le dernier mois	Moins d' une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois fois ou plus par semaine
	X		

b) eu de longues pauses entre les respirations pendant votre sommeil.

Pas durant le	Moins d' une fois	Une ou deux fois	Trois fois ou plus par

dernier mois	par semaine	par semaine	semaine
X			

c) eu des contractions ou des secousses dans les jambes pendant votre sommeil.

Pas durant le dernier mois	Moins d' une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois fois ou plus par semaine
X			

d) eu des épisodes de désorientation ou de confusion durant le sommeil.

Pas durant le dernier mois	Moins d' une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois fois ou plus par semaine
X			

e) eu d'autres agitations pendant que vous dormiez.
S.V.P. décrire:
N/A

Pas durant le dernier mois	Moins d' une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois fois ou plus par semaine
N/A			